

S1 24 211

ARRÊT DU 24 FÉVRIER 2026

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Mireille Allegro, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Loyco SA, à Les Acacias

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(rente d'invalidité, capacité de travail exigible, début du droit à la rente)

Faits

A. X _____, né le xx.xx.xxxx, a été victime d'un accident à la cheville gauche le 13 décembre 2007, alors qu'il travaillait comme maçon. L'assurance accidents lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, ainsi qu'une rente LAA de 20 % dès le 1^{er} avril 2012 (cf. pages 975 ss et page 1221).

En parallèle, il s'est annoncé auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI), qui l'a mis au bénéfice d'une orientation professionnelle et d'une aide au placement (pages 197 et 203) dans une activité sans port de charges de plus de 15 kg, sans position accroupie, sans marche sur terrain accidenté et sans utilisation d'une échelle (page 195).

Le 1^{er} septembre 2013, il a été engagé comme chauffeur-livreur à 100 % par A _____ SA pour un salaire mensuel de 4650 fr. (pages 342 et 343), ce qui représentait un taux d'invalidité de 11.72 % n'ouvrant pas le droit à une rente AI (cf. page 465).

B. En octobre 2018, l'assuré a été opéré d'une rupture transfixiante du sus-épineux droit (page 411) et a pu reprendre son travail en avril 2019 (pages 447 et 465).

Sa rente LAA a été révisée et réduite à 12 % à partir du 1^{er} mai 2019 en raison du revenu 2018 de chauffeur-livreur (pages 1245, 1251 et 1266).

C. En mai 2020, l'assuré a entrepris des investigations médicales en raison de l'apparition de cervicalgies. Le 24 juillet 2020, une IRM du rachis cervical a mis en évidence des discopathies cervicales, ainsi qu'un lipome à hauteur de C4-C5 (page 1595). Le 26 octobre 2020, l'assuré a été mis en arrêt de travail total, puis a subi une exérèse de la masse cervicale postérieure, le 17 novembre 2020 (page 1604).

Le 13 mars 2021, il a rempli une demande de prestations auprès de l'OAI (pages 476 ss).

Le 22 juillet 2021, l'assuréur perte de gain maladie de l'employeur, B _____ SA, a mis en œuvre une expertise rhumatologique auprès du Dr C _____ afin de déterminer le droit à l'indemnité journalière pour perte de gain (page 1720). Dans son rapport du 25 août 2021, le spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques, neuropathie cubitale gauche et status après chirurgie de la cheville du pied gauche. Il a relevé que l'activité professionnelle de chauffeur-livreur imposait des contraintes

cervicales et des membres supérieurs en postures comme en charge, de sorte qu'il a conclu à une capacité de travail résiduelle de 50 % dans cette activité. En revanche, il a estimé à 80 % la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, « légère, excluant le port de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle et de 5 kg de manière répétée, les mouvements répétitifs et brusques impliquant la nuque, un travail soumis aux vibrations de même qu'un travail justifiant la position statique prolongée au-delà de 30 minutes d'affilée, excluant les mouvements de force et répétitifs impliquant le membre supérieur gauche principalement au-delà de l'horizontale, et les travaux de force et minutieux comme répétitifs impliquant la main gauche, activité plutôt sédentaire excluant la marche prolongée au-delà d'une heure d'affilée » (pages 1774 ss).

Par courrier du 13 septembre 2021, B _____ SA a informé l'assuré que, selon l'expert, il disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, ce qui correspondait à une perte de gain de 21 % après comparaison des revenus, taux ne donnant pas droit aux indemnités journalières, de sorte qu'elle mettrait fin à leur versement au 1^{er} janvier 2022 (page 1762).

Le Dr D _____, neurochirurgien traitant, a continué à attester une incapacité de travail totale jusqu'au 12 novembre 2021 (page 531), puis jusqu'en janvier 2022 en raison de l'atteinte du nerf cubital gauche et des cervicalgies (page 583).

D. Le 14 décembre 2021, l'assuré a été examiné par le Dr E _____, spécialiste FMH en cardiologie, pour une dyspnée d'effort (page 589). Celui-ci a mis en évidence une dysfonction ventriculaire gauche nécessitant un traitement.

L'OAI a soumis l'entier du dossier médical de l'assuré à son Service médical régional (SMR) le 18 mai 2022 (page 621). Dans son rapport du 19 mai 2022, le Dr F _____, médecin SMR spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en médecine physique et réadaptation, a considéré que le rapport d'expertise du Dr C _____ était probant. Il a toutefois relevé qu'après l'expertise, une cardiopathie sévère avait été mise en évidence, laquelle était responsable de la majorité des plaintes actuelles et pouvait avoir une incidence sur la conduite automobile, de sorte qu'il y avait lieu de demander des informations supplémentaires aux médecins traitants (pages 628 ss).

Dans un rapport du 29 mai 2022, le Dr G _____, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné les diagnostics suivants : cardiopathie dilatée, suspicion d'un syndrome lymphoprolifératif, trouble dépressif sévère, HTA (hypertension artérielle) stade 2-3 avec rétinopathie et diabète II. Il a attesté une incapacité de travail totale dans

l'activité habituelle dès le 13 décembre 2021 et une capacité de travail de 20 à 25 % dans une activité adaptée très légère et non physique, en raison d'une diminution globale des capacités du patient (page 632).

Le 3 juin 2022, le Dr E _____ a expliqué que l'assuré présentait une cardiomyopathie éthylique, ayant nécessité un long sevrage, qui avait déjà permis de réduire les signes cliniques d'insuffisance cardiaque et d'améliorer la fonction ventriculaire gauche (page 649).

Prenant position le 10 août 2022, le SMR a retenu que l'assuré présentait des atteintes multiples de l'appareil locomoteur (cheville gauche, épaules, rachis cervical, neuropathie du nerf cubital gauche), qui ne lui permettaient plus d'exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur, mais qui n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail dans une activité sédentaire, légère et adaptée (à savoir en position alternée, sans travaux lourds ni port de charges de plus de 5-10 kg, sans marche prolongée et/ou en terrain irrégulier, pas d'échelles ni d'échafaudages, pas d'escaliers répétitifs, pas de vibrations, pas de mouvements répétitifs et brusques impliquant la nuque, pas de positions accroupie ou à genoux, pas de mouvements de forces et répétitifs principalement au-delà de l'horizontale avec le membre supérieur gauche, ni de travaux en force et minutieux comme répétitifs impliquant la main gauche. Il a remarqué qu'à ses atteintes, s'était ajouté à partir du 14 décembre 2021 et jusqu'au 14 mars 2022 un épisode de cardiomyopathie dilatée avec un tableau d'insuffisance cardiaque initiale pour lequel le diagnostic retenu était une cardiomyopathie éthylique (page 676).

Le 4 octobre 2022, le SMR a précisé que les mentions par le Dr G _____ de trouble dépressif ne se fondaient sur aucune description clinique et qu'il n'y avait ni suivi psychiatrique ni médication psychotrope, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte. Il a également relevé que l'évolution cardiaque était objectivement favorable et que, sauf événement intercurrent, la poursuite des traitements et du sevrage, qui était exigible, était de surcroît susceptible de l'améliorer. Il a rappelé que, selon la jurisprudence, un cas non stabilisé ne signifiait pas qu'une capacité de travail dans une activité adaptée légère et sédentaire était impossible (page 719).

Le 13 octobre 2022, l'OAI a été informé qu'un suivi psychothérapeutique avait été mis en place auprès du Dr H _____ (page 721). Dans son rapport du 22 décembre 2022, le psychiatre a indiqué qu'il suivait le patient depuis le 22 mars 2022 à un rythme d'abord hebdomadaire, puis mensuel. Il a expliqué que, depuis l'apparition des troubles cardiaques et des problèmes cervicaux, le patient se plaignait d'anxiété et de

dépression. Il souffrait, en outre, de la mort de son père au mois de janvier 2022 et du fait que son fils avait été incarcéré. Il présentait des troubles de l'attention et de la concentration et n'avait pas de plaisir ni de volonté. Il craignait de faire des malaises et ressentait des oppressions et des palpitations, sans savoir s'il s'agissait d'angoisses. Le spécialiste a retenu les diagnostics de trouble mixte anxieux et dépressif mixte (F41.2), d'accentuation de traits de la personnalité, versus trouble mixte de la personnalité (traits anxieux et dysthymiques) (Z73.1) ou (F61.1) et de troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F10.20). Il a prescrit du Xanax 0,25 mg le matin. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale comme chauffeur-livreur en raison des responsabilités inhérentes à cette profession et du fait que les fonctions cognitives et de concentration devaient être optimales. Il a ajouté que les autres limitations étaient le port de charges de plus de 5 kg, la fatigue, les mouvements rapides et la marche rapide. Il a posé un pronostic défavorable au vu des limitations, de l'âge de l'assuré et du fait que ce dernier avait déjà dû se reconvertir dans une activité moins contraignante et que son permis de conduire lui avait été retiré, rendant les possibilités de reconversion bien maigres (pages 727 ss).

Mandaté, le SMR, par les Drs I _____ (spécialiste en médecine physique et réadaptation) et J _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), a relevé que l'assuré présentait une aboulie, une anhédonie, un désinvestissement des relations sociales, une perte d'espoir, un sentiment de dévalorisation et d'inutilité, une fatigabilité et des troubles cognitifs, du sommeil et de l'alimentation, ce qui correspondait à un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques selon les critères de la CIM-10. Sur le plan thérapeutique, il a estimé qu'un traitement antidépresseur était indiqué tant pour traiter l'épisode dépressif que pour prendre en charge la symptomatologie anxieuse. Sur base de la symptomatologie décrite, il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention occasionnant un risque d'accident, d'erreur et d'oublis, une fatigabilité, manque de motivation occasionnant une réduction du rendement, de la lenteur, des difficultés d'initiation, et la focalisation sur les symptômes corporels entraînant une réactivité exacerbée au stress. Il a conclu que l'atteinte à la santé avait un impact sur sa capacité de travail, au minimum depuis décembre 2021, date du début de la prise en soins par le Dr G _____ (pages 737 ss).

Le 25 août 2023, le Dr H _____ a confirmé que le patient supportait mal les interactions sociales, se sentait angoissé, présentait des troubles du sommeil, de la

fatigue, un manque d'estime de soi et une absence de libido. Il a attesté une incapacité de travail totale (pages 771 ss).

Interpellé, le SMR a confirmé l'incapacité de travail dans toute activité adaptée dès décembre 2021 en raison de l'épisode dépressif sévère (page 787).

Par projet de décision annulant et remplaçant celui du 11 août 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} décembre 2022. Il a relevé que depuis le début des ennuis de santé le 26 octobre 2020, mais au plus tard au terme du délai d'attente d'un an le 26 octobre 2021, l'assuré était capable d'exercer n'importe quelle activité adaptée à son état de santé, ce qui représentait une perte de gain, respectivement un taux d'invalidité de 18 % insuffisant pour ouvrir le droit à une rente, mais qu'à partir de décembre 2021, son état de santé s'était aggravé sur le plan psychique, entraînant une incapacité de travail et de gain totale, ouvrant le droit à une rente entière au terme du délai d'attente d'un an, soit dès le 1^{er} décembre 2022 (page 793).

Par décision du 28 novembre 2023, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} décembre 2022 (pages 830 ss).

E. Le 12 janvier 2024 (date du sceau postal), l'intéressé a recouru céans contre ce prononcé, estimant que le début du droit à la rente d'invalidité aurait dû être fixé au 1^{er} octobre 2021, à savoir au terme du délai d'attente d'une année depuis son incapacité de travail totale du 26 octobre 2020. En effet, du point de vue du recourant, les éléments médicaux au dossier ne permettaient pas de lui reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en octobre 2021.

Répondant le 4 février 2025, l'OAI a estimé que l'avis du SMR était pleinement probant dès lors qu'il tenait compte de l'entier des éléments médicaux du dossier et a relevé que le recourant n'apportait aucun élément permettant de s'écarter de ses conclusions.

Le 8 mars 2025, le recourant a indiqué ne pas avoir de nouvelles observations.

L'échange d'écritures a été clos le 10 avril 2025.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la LPGGA s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 12 janvier 2024, le recours à l'encontre de la décision du 28 novembre 2023 a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 et 60 LPGGA), et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGGA et art. 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_225/2024, 8C_243/2024 du 2 décembre 2024 attribuant la compétence *ratione loci* à la Cour des céans). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur le début du droit à la rente d'invalidité, respectivement sur la capacité de travail exigible du recourant en octobre 2021. Le recourant soutient qu'il n'aurait jamais retrouvé sa capacité de travail depuis le mois d'octobre 2020, de sorte qu'il n'y aurait jamais eu d'interruption notable de l'incapacité de travail (art. 28 al. 1 let. LAI) et que son droit à la rente serait né le 1^{er} octobre 2021, soit une année après le début de son incapacité de travail totale et non pas dès le 1^{er} décembre 2022.

2.1 Selon l'article 28 alinéa 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si, entre autres exigences, il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'article 29 alinéa 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré, et sous réserve du délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). L'article 29 alinéa 1 LAI s'applique également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations ; en d'autres termes, lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux articles 28 et 29 LAI (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3).

L'article 88a alinéa 2 RAI, relatif à la modification du droit aux prestations, prévoit que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique dans le cadre d'une procédure de révision (art. 17 LPGGA) tendant à la modification (augmentation, réduction ou suppression) d'une rente précédemment allouée, ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d). Cette disposition ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des conditions de l'article 28 alinéa 1 lettre b LAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.1 et les références citées).

2.2 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au SMR d'apprécier la présence d'une atteinte à la santé invalidante et d'examiner à l'intention de l'office AI les conditions médicales du droit aux prestations en tenant compte du traitement médical effectué ou prévu (cf. art. 54a al. 3 LAI et art. 49 al. 1 RAI ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité – CIRAI, valable dès le 1^{er} janvier 2022, ch. 1109). En effet, selon l'article 54a LAI, les SMR sont à la disposition des offices AI pour l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations (al. 2) et établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'article 6 LPGGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (al. 4).

Selon le principe de libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3b et les références). A ces conditions, la jurisprudence accorde la même force probante aux appréciations des spécialistes du service médical de l'assureur (LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^e éd., 2003, p. 332 note 37 ; CALATAYUD, La pratique dans l'assurance-accidents, in Colloques et journées d'études 1999-2001, IRAL Lausanne 2002, p. 548). Cela vaut également pour les rapports du SMR lorsque ceux-ci respectent les conditions auxquelles sont soumises les expertises faites en dehors de l'administration pour se voir conférer une valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; SVR 2009 IV n° 53 consid. 3.3.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c avec les renvois).

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statue en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6, 122 V 157 consid. 1d, 123 V 175 consid. 3d, 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (cf. arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

3.

3.1 En l'espèce, le recourant n'apporte aucun nouvel élément médical à l'appui de son recours, qui permettrait de remettre en cause les appréciations du SMR. En outre, force est de constater que le dossier qui a servi de base aux rapports du SMR contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé de ce dernier.

Or, à cet égard, il appert qu'au terme du délai d'attente d'une année, soit le 26 octobre 2021, le recourant souffrait d'atteintes multiples de l'appareil locomoteur (cheville gauche, épaules, rachis cervical, neuropathie du nerf cubital gauche) ne lui permettant plus d'exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur. Ceci n'est aucunement contesté. Ces atteintes entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle et de 5 kg de manière répétée, pas de mouvements répétitifs et brusques impliquant la nuque, pas de travail soumis aux vibrations de même qu'un travail justifiant la position statique prolongée au-delà de 30 minutes, pas de mouvements de force et répétitifs impliquant le membre supérieur gauche principalement au-delà de l'horizontale, pas de travaux de force et minutieux comme répétitifs impliquant la main gauche et activité plutôt sédentaire excluant la marche prolongée au-delà d'une heure d'affilée.

Ces limitations ont été clairement décrites par le Dr C _____ dans son expertise du 25 août 2021 et ont été reconnues par le SMR dans son rapport du 19 mai 2022 (page 629). Cependant, comme l'a expliqué ce dernier dans son avis du 10 août 2022, il n'existait aucune raison médicale objective de ne pas admettre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La baisse de capacité de 20 % retenue par le Dr C _____ n'était pas motivée et ne trouvait, en effet, aucune justification sur le plan médical. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a retenu un revenu d'invalidé correspondant à l'exercice d'une activité adaptée (ESS niveau 1) à plein temps (moins 10% d'abattement pour activité légère ; cf. page 796).

Quoi qu'il en soit, même en tenant compte d'une capacité de travail réduite de 80 % dans une activité adaptée, le taux d'invalidité serait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI (revenu d'invalidé selon l'ESS de 65'811 fr. 11 – 20 % = 52'652 fr. 08 - revenu sans invalidité de 72'236 fr. 75 = 19'584 fr. 66 de perte de gain ou 27,11 % de taux d'invalidité), étant rappelé qu'au jour de l'expertise, l'assuré présentait une perte de gain de seulement 21 % ne donnant plus droit à l'indemnité journalière selon la décision de l'assureur perte de gain maladie du 13 septembre 2021, entrée en force.

3.2 Par la suite, dès décembre 2021, le recourant a été mis en incapacité de travail totale en raison d'un épisode d'insuffisance cardiaque, soit une nouvelle atteinte sans relation avec les précédentes. Celle-ci a été traitée par le Dr E _____ avec une amélioration/stabilisation dès mars 2022.

Cependant, l'apparition de ce nouveau problème de santé, ajouté aux autres événements survenus dans la vie personnelle de l'assuré (détention du fils, décès du père en janvier 2022), a eu un impact significatif sur l'état de santé psychique de ce dernier et a nécessité dès mars 2022 la mise en place d'un suivi psychothérapeutique auprès du Dr H _____, qui a diagnostiqué un épisode dépressif sévère.

C'est en raison de ces nouvelles affections (cardiologique et psychiatrique), sans lien avec les troubles de l'appareil locomoteur déjà existants, que le SMR a admis une nouvelle incapacité de travail totale dès décembre 2021, ouvrant un nouveau délai d'attente d'une année. A son terme, le SMR n'a pas observé d'amélioration de l'épisode dépressif sévère et a conclu à une incapacité de travail de 100 % dans toute activité dès décembre 2021 (page 786). Dans cette situation où l'aggravation n'est pas de même origine que l'incapacité de travail attestée précédemment, le délai d'attente ne peut pas être déduit (cf. art. 29^{bis} RAI). C'est dès lors à juste titre que l'intimé a fixé le début du droit à la rente entière d'invalidité au 1^{er} décembre 2022.

4. Mal fondé le recours est rejeté et la décision entreprise est confirmée.

5. Le recourant, qui succombe, supportera les frais arrêtés à 500 fr. (art. 61 let. f^{bis} LPGA et art. 69 al.1bis LAI). Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g *a contrario* LPGA).

Par ces motifs,

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 24 février 2026